

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

32

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Roger BERTRAND

né à Hargnies, le 27 avril 1899

Contribution à l'Etude

DU

Traitement

DE LA

présentation de l'Epaule

Président : M. le Professeur BRINDEAU

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1927



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152002_0118

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Roger BERTRAND

né à Hargnies, le 27 avril 1899

Contribution à l'Etude

DU

Traitement

DE LA

présentation de l'Epaule

Président : M. le Professeur BRINDEAU

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1927

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER:
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	{ GILBERT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	{ DELBET.
	{ HARTMANN.
	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ BRINDEAU.
	{ JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.. ..	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale
ALGRAVE ..	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN ..	Pathologie médicale
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN ..	Pathologie médicale
BINET	Physiologie.
BLANCHE-TIERE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULE	Pathologie médicale
BUSQUET....	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT...	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie,
CHIRAY	Pathologie médicale
CLERC	Pathologie médicale
DEBRE ,....	Hygiène.
I. DE JONG ..	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médic.
FOIX	Pathologie médicale
GARNIER ..	Pathologie expérimentale.
HARVIER....	Pathologie médicale
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.

MM.

JOYEUX ...	Parasitologie.
LABBE Henri	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER..	Obstétrique.
LEMAITRE ..	Oto-rhino-laryngologie.
LEVY SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie médicale
LIAN	Pathologie médicale
MATHIEU....	Pathologie chirurgicale.
METZGER ..	Obstétrique.
MOCQUOT ..	Pathologie chirurgicale.
MONDOR ...	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE ..	Pathologie médicale
RICHET Fils..	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie
VILLARET ..	Pathologie médicale
WELTER ...	Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

HM.

GOUGEROT..	Pathologie médicale
GUENIOT ...	Obstétrique

MM.

RETTERRER .	Histologie.
-------------	-------------

— AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.			MM.		
AUVRAY.....	Clinique	chirurgi-	LERI	Clinique	médicale.
	cale.		LÉPER	Clinique	médicale.
CHEVASSU.	Clinique	chirurgi-	PROUST	Clinique	chirurgi-
	cale.			cale.	
LAIGNEL-LA-			N	Clinique	médicale.
VASTINE ..	Clinique	médicale	SCHWARTZ .	Clinique	chirurgi-
LEREBOUL-				cale.	
LET	Clinique	médicale			
	infantile.				

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé .	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédi-
		que chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLAY BERT....		Education physique.
LEDoux-LEBARD ..		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE VENEREE DE MA MERE

*Qu'une mort prématurée
arracha brutalement à mon
affection.*

A MON PERE

*Faible remerciement pour
les longs sacrifices consen-
tis pour moi.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur BRINDEAU

Professeur de clinique obstétricale et gynécologique
de la Faculté de Médecine de Paris

Accoucheur des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous
faire l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse,
nous adressons nos res-
pectueux remerciements et
l'hommage de notre pro-
fonde gratitude.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MM. les Professeurs LEJARS (St-Antoine)

ACHARD (Beaujon)

GUILLAIN (Salpêtrière)

MARFAN (Enfants Assistés)

BRINDEAU (Clinique Tarnier)

LEGUEU (Necker)

CLAUDE (Ste-Anne)

TERRIEN (Hôtel-Dieu)

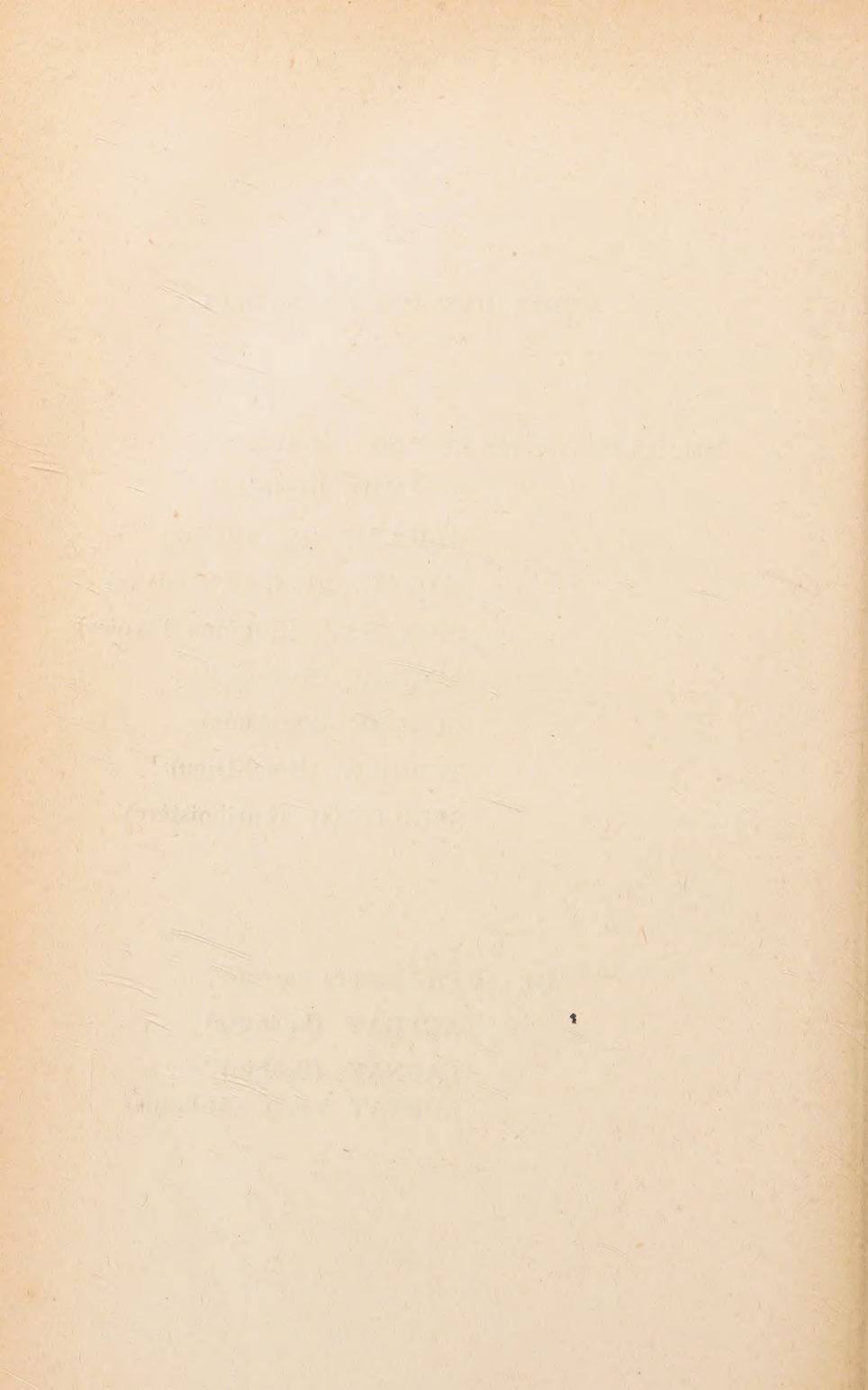
SEBILLEAU (Lariboisière)

MM. les Professeurs agrégés

AUVRAY (Laënnec)

LAUNAY (Cochin)

LORTAT Jacob (St-Louis)



INTRODUCTION

La présentation de l'épaule qu'on voit de moins en moins au moment du travail, sauf quand elle est due à une malformation utérine ou à quelque tumeur proëvia a suscité de nombreuses recherches de la part des accoucheurs préoccupés à la combattre avec le moins de risques pour la mère et l'enfant. C'est qu'en effet, en dehors du pronostic grave qu'elle comporte, elle était naguère assez fréquente. Voici ce qu'en dit M. Pinard.

« Il y a cinquante ans... C'était l'époque où il ne se passait guère de nuit où l'interne de garde dans nos hôpitaux ou maternités, ne soit réveillé par l'arrivée d'un brancard où gisait une pauvre femme, mère déjà de plusieurs enfants, et qui nous venait en plein travail, avec une présentation de l'épaule. On ne voit plus aujourd'hui pareil spectacle. L'hygiène de la gestation, telle que les travaux du dernier demi-siècle ont permis de la constituer, nous permet d'éviter de pareils accidents.

Mais si la masse des femmes a pu profiter de ces progrès, c'est que non seulement les données de la

science ont mis à notre portée des moyens nouveaux, mais encore que l'opinion médicale et l'opinion publique ont été frappées de ce fait que pareils moyens étaient en notre pouvoir, qui nous permettaient de prévenir pour ne pas avoir à guérir...»

II^e Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française. Paris 1921.

Par suite de la vigoureuse impulsion donnée par les maîtres de l'obstétrique et par les médecins, l'éducation du public s'est faite peu à peu; de plus en plus nombreuses, les femmes enceintes viennent se faire examiner à intervalles réguliers dans les consultations des maternités. En ville, médecins et sages-femmes exercent une surveillance sur leurs clientes pendant tout le cours de la grossesse, de sorte que bon nombre de présentations transversales sont dépistées, transformées et maintenues.

Mais si les populations des villes sont très partagées sous ce rapport, il n'en est pas de même des campagnes où le médecin est trop souvent appelé au moment du travail et se trouve devant une présentation de l'épaule négligée. Dans la majeure partie des cas, le médecin arrive alors que le moment est passé où la version podalique aurait pu être faite. Conditions lamentables, pronostic grave, résultat : mort presque certaine du fœtus, danger sérieux pour la mère. Tandis que si la femme a été surveillée, quand, malgré la version par manœuvres externes et le port d'un bandage, le fœtus se replace transversalement, l'accoucheur, averti recommande à la famille

de l'appeler aux premières douleurs. Il sait quelle conduite il doit tenir. Il l'exécute dans les meilleures conditions. Il sauve toujours la mère et souvent l'enfant.

Après avoir montré l'impossibilité de l'accouchement, nous insisterons surtout sur le traitement actuel de la présentation de l'épaule. Nous ferons suivre cet exposé de quelques mots sur le pronostic et nous donnerons à l'appui le nombre des présentations de l'épaule admises à Tarnier de 1923 à 1926 ainsi que l'intervention faite dans chaque cas particulier.

L'ACCOUCHEMENT IMPOSSIBLE

Parmi les différentes présentations du fœtus au moment du travail, le seul accouchement qui soit véritablement dystocique est la présentation de l'épaule. Les femmes ayant une présentation de la face, du front, du siège peuvent accoucher; la présentation de l'épaule jamais ou presque jamais. Pourquoi ? Il semble que la cause essentielle soit une question de pure mécanique : dans la présentation transversale, l'utérus au moment des contractions tend à se rétrécir dans son diamètre transverse; par suite il accentue la flexion de la tête sur le corps et le fœtus comprimé de plus en plus ne peut s'engager, mais enclave dans l'excavation l'épaule et la partie supérieure du tronc. Alors, les membranes rompues, l'utérus se rétracte sur le fœtus; celui-ci meurt d'abord par asphyxie puis la mère en second lieu, soit de rupture utérine, soit d'infection.

En dehors de cette cause, d'autres accessoires contribuent à empêcher l'accouchement, c'est la contraction utérine, la dilatation du col, la formation de la poche des eaux tous viciés du fait de la présentation dystocique : ou bien l'utérus se contracte mal, ou bien, devant l'obstacle, il se révolte, se tétanise; la contracture devient si violente qu'on voit parfois le segment inférieur éclater et une rupture utérine se

produire. La poche des eaux également ne joue plus son rôle normal. Dès que la dilatation atteint un, deux francs, tout le liquide se précipite en bas, donnant lieu à une poche des eaux en boudin qui descend quelquefois jusqu'au périnée. Très souvent elle éclate et l'on peut dire que la rupture précoce des membranes est de règle. Par suite, la dilatation du col se fait mal.

Cependant il existe des exceptions. Sur trois cents présentations environ, un accouchement spontané a lieu. Nous laissons de côté les cas de fœtus macéré ou d'accouchement avant terme — Ceci nous amène à étudier le mécanisme de l'accouchement spontané.

Il peut se faire de deux manières.

1° *Par version spontanée.* La tête se trouve dans une corne utérine, le siège dans l'autre. La corne qui abrite la tête se contracte mieux que l'autre, elle pousse cette tête en bas et l'accouchement se fait en sommet. C'est donc par contraction irrégulière de l'utérus que la version spontanée a lieu, mais elle exige l'intégrité des membranes et des contractions utérines énergiques. Elle donne à l'enfant le meilleur pronostic; malheureusement elle est exceptionnelle et, d'après Dufour (thèse 1900) elle serait la plus rare de toutes.

2° *Par évolution spontanée.* Pour qu'elle ait lieu il faut des contractions utérines énergiques, un fœtus petit. Du début à la fin de l'accouchement c'est toujours l'épaule qui se présente. Il s'agit le plus souvent de multipares à bassin très large. A un moment

donné on aperçoit une voussure au-dessus du pubis, c'est la tête fœtale qui vient butter sur lui. En déprimant la paroi abdominale, si l'utérus se contracte bien on sent au toucher les premières côtes, les côtes moyennes, les fausses côtes, le flanc; puis le fœtus se déroule et le siège sort. L'enfant meurt très souvent.

Comme nous l'avons dit plus haut, ces cas où l'accouchement se produit seul sont exceptionnels. Aussi allons-nous envisager la conduite à tenir en présence d'une présentation de l'épaule.

CONDUITE A TENIR

La femme consulte pendant la grossesse

La règle est formelle : toute présentation transversale doit être transformée en présentation longitudinale.

Le diagnostic posé, il faut rechercher la cause de cette présentation anormale. Très souvent il s'agit de multipares, à utérus flasque, avec une paroi abdominale lache; la version par manœuvres externes s'impose. Il nous semble préférable de ramener la tête en bas, de pratiquer la version céphalique ou tout au moins de toujours commencer par la tenter, puis lorsque la tête est amenée au niveau de l'aire du détroit supérieur, d'essayer de l'y maintenir à l'aide d'une ceinture appropriée. Si par contre l'utérus étant un peu cordiforme, il est trop difficile d'amener la tête en bas, on doit essayer de transformer la présentation en siège. Une ceinture appliquée aussitôt aura pour but d'éviter que la présentation vicieuse ne se reproduise en maintenant l'utérus bien droit. En 1878, M. Pinard a fait construire une « ceinture eutocique » dont le principe est le suivant : c'est une ceinture avec deux poches latérales en caoutchouc disposées à la face interne de la partie antérieure pouvant être gonflées de manière à former pelote de chaque côté

de l'utérus. On distend à volonté l'une ou l'autre des deux poches, suivant que la partie fœtale a de la tendance à filer vers l'une ou l'autre des fosses iliaques. Comme il arrive le plus souvent qu'on n'a pas à sa disposition une ceinture eutocique, on peut la remplacer par un bandage de corps. Celui dont on se sert est un bandage de flanelle; de gros tampons d'ouate placés au niveau des parties latérales de l'utérus maintiennent le grand axe de celui-ci dans le sens vertical.

Si la tête est très mobile, on recommandera à la femme de rester allongée pendant les dernier temps de la grossesse et d'appeler immédiatement le médecin à la moindre petite contraction ou à la moindre perte de liquide, pour qu'il tente à ce moment la version par manœuvres externes.

Il arrive parfois — en particulier chez les primipares ayant une malformation utérine — que la version par manœuvres externes soit impossible, même sous le chloroforme, parce qu'il y a souvent *oligoamnios*; il faut alors surveiller la femme avec grand soin et s'apprêter à intervenir dès que ce sera possible, tout au début du travail.

Le diagnostic causal est capital dans les cas de tumeur prœvia (fibrome, kyste de l'ovaire). On est conduit à une intervention chirurgicale pendant la grossesse. « C'est l'avis de M. le professeur Brindeau, que les indications des interventions chirurgicales ne doivent pas être influencées par le fait que la femme est enceinte, car la gravité n'en est nullement accrue ». Juge Thèse de Paris 1925.

Malheureusement les femmes ne consultent pas toujours pendant leur grossesse et nous ne faisons alors le diagnostic qu'au moment du travail. Examinons la conduite à tenir dans les différents cas qui peuvent se présenter.

Au début du travail, la femme vient de perdre les eaux, elle a quelques contractions utérines, faire la version par manœuvres externes.

La dilatation est incomplète, les membranes intactes, ne jamais rompre les membranes. Tenter dans l'intervalle des contractions, de pratiquer la version par manœuvres externes et de ramener de préférence la tête au détroit supérieur. Si l'on réussit, maintenir à l'entrée du bassin par un bandage abdominal. Si l'on échoue ne pas insister. Tant que la poche des eaux résiste, la femme ne risque rien, le fœtus non plus. Il faut la laisser au repos, allongée dans une position un peu déclive, la toucher le moins souvent possible et attendre que la dilatation soit complète. En tout cas, ne pas toucher la femme pendant les contractions pour éviter la rupture des membranes.

La dilatation est complète, les membranes intactes.

Sous anesthésie, une main placée dans le vagin rompt la poche des eaux et va immédiatement à la recherche d'un pied qu'elle abaisse pour pratiquer la version podalique.

La dilatation est complète, les membranes rompues.

1^{er} cas : l'utérus n'est pas rétracté;

2^e cas : il est tétanisé sur le fœtus.

Envisageons le premier cas; l'utérus n'étant pas rétracté, on anesthésie profondément la femme pour supprimer les spasmes s'il en existe, puis on introduit la main dans le vagin, ensuite dans l'utérus pour faire la version podalique.

Dans le second cas, lorsque l'utérus est rétracté, il ne faut pas essayer la version même si l'enfant est vivant — ce qui est rare car le plus souvent il est mort — mais pratiquer l'embryotomie. « On peut dire que lorsque l'état de rétraction de l'utérus contre-indique la version, le fœtus a succombé déjà depuis un certain temps », Ribemont Dessaignes. Une telle contraction détermine en effet des troubles graves de la circulation utéro-placentaire qui amènent la mort de l'enfant par asphyxie. Par des manœuvres intempestives on risquerait la rupture utérine au pronostic si sombre, fatal même quand on se trouve loin d'une clinique et par conséquent dans l'impossibilité d'intervenir immédiatement.

La tétanisation de l'utérus rend l'embryotomie très difficile, cependant il faut accoucher la femme coûte que coûte; aussi, après avoir préparé les instruments nécessaires pour faire l'embryotomie, on placera la main dans le vagin, on essaiera de la glisser entre le fœtus et la paroi utérine. Si l'utérus ne se moule pas trop sur lui, on tentera de faire la version podalique

sans brusquerie. C'est une question d'espèces. Si la main a la sensation d'être emprisonnée dans un étau, embryotomie.

Tous les accoucheurs sont d'accord sur ce point : quand l'enfant est mort, se présentant par l'épaule, quand les membranes sont rompues, l'utérus étroitement rétracté sur le fœtus, une seule intervention s'impose, c'est l'embryotomie.

La dilatation est incomplète, les membranes rompues.

Budin conseillait d'attendre dans ces cas chaque fois que l'utérus n'était pas rétracté. Les adversaires de cette théorie disent : l'enfant aura une procidence du cordon; ou il y a une forte probabilité pour qu'en fin de journée, l'utérus soit contracté et qu'alors il soit trop tard pour intervenir, etc...

M. Brindeau est partisan d'intervenir, étant donnés les procédés modernes d'asepsie, d'outillage, d'installation.

a) Si l'utérus n'est pas rétracté, l'enfant vivant, avant l'ère de la césarienne, une très bonne opération consistait à tenter la version bipolaire ou version de Braxton Hicks. Pour Laskine (Thèse de Paris 1890), elle consiste « à transformer une présentation en une autre à l'aide des deux mains : l'une, introduite dans les organes génitaux, agit directement sur le fœtus; l'autre contribue à faire évoluer le fœtus en agissant à travers la paroi abdominale par des manœuvres externes. Suivant la partie fœtale que l'on ramène

en bas (tête ou siège) la version est céphalique ou podalique ».

La femme est mise en position obstétricale, on l'anesthésie et après avoir pris les précautions antiseptiques d'usage, deux doigts sont introduits jusqu'au niveau de l'orifice utérin. On essaie de repousser l'épaule en arrière pendant que l'autre main placée sur l'abdomen exerce une pression sur le front, pour le faire glisser de la fosse iliaque vers le milieu du détroit supérieur et amener la tête en bas. En général cette manœuvre ne réussit pas. Il faut alors tenter de la même façon d'abaisser le siège. Braxton Hicks préconise d'agir de la manière suivante : la main gauche est introduite dans le vagin ; la main droite, placée sur l'abdomen vers le fond de l'utérus appuie doucement sur le siège. La main suit le mouvement au fur et à mesure que le siège se déplace. La main gauche repousse en sens inverse la partie fœtale qui se présente. Lorsque le siège est abaissé, on accroche le genou et l'on tâche de saisir un pied. Quand le pied est ainsi amené au niveau du col, Braxton Hicks conseille d'attendre et de se comporter comme s'il s'agissait d'une présentation primitive du siège. Cette manœuvre serait excellente si elle n'avait le gros inconvénient que les enfants meurent presque tous, dans une proportion voisine des placenta prævia, c'est-à-dire 50 à 70 %.

b) Un second moyen consiste à dilater le col, puis à tenter de faire la version par manœuvres internes. On introduit successivement un doigt puis deux

doigts dans le col. Par une sorte de massage intérieur on arrive à dilater progressivement, à engager la main puis, cherchant à accrocher un pied on fait la version. Est-ce un bon procédé ? S'il s'agit d'une multipare à col très souple on arrive à le dilater, mais si l'on a affaire à un col épais peu souple, à un vagin peu extensible, il est très difficile d'arriver à dilater complètement. On essaie de pratiquer la version et au moment de l'extraction du siège une balafre du col se produit. Donc si le col n'est pas très souple, opération extrêmement grave, à ne pas tenter.

L'incision du col nous paraît devoir être rejetée pour la même raison.

c) Un troisième procédé consiste à compléter la dilatation par la pose d'un ballon de Champetier. Ce moyen est bon; comme la partie fœtale est élevée, on peut aisément placer un ballon, mais on veillera à ne pas le gonfler à bloc. Cependant le ballon à l'inconvénient de provoquer de la rétraction utérine au-dessus du segment utérin qu'il occupe et, s'il y a déjà un léger degré de rétraction avant sa mise en place, la version devient souvent impossible. Alors que faire ? M. Brindeau pense qu'il vaut mieux procéder de la manière suivante :

La femme est anesthésiée; on dilate le col avec les doigts jusqu'à ce que la main passe. A ce moment on saisit un pied et quand la version est faite, le siège en bas, on laisse l'accouchement se terminer seul. On est alors certain qu'il n'y a pas de rupture utérine à craindre. C'est en somme le procédé de Braxton Hicks.

Le pronostic reste très grave pour l'enfant. Nous verrons plus loin que la césarienne améliore considérablement le pronostic quand on peut la pratiquer.

Si l'utérus est rétracté, pas de tentative de dilatation, ni de version même sous anesthésie, mais embryotomie, car l'enfant est toujours mort quand l'utérus est rétracté.

Il nous paraît intéressant de signaler des cas où l'embryotomie doit céder le pas à l'hystérectomie. Ce sont ceux dans lesquels il y a une rétraction très prononcée de l'utérus avec température, membranes rompues depuis plusieurs jours. Ainsi les deux seuls cas de mort maternelle survenus à la Clinique Tarnier de 1923 à 1926 sur 54 présentations de l'épaule, sont tous deux consécutifs à une embryotomie laborieuse faite dans ces mauvaises conditions. On améliorerait donc le pronostic en ce qui concerne la mère si l'on pratiquait l'hystérectomie au lieu de l'embryotomie dans certains cas rares, il est vrai, mais nettement posés.

EMBRYOTOMIE

Celse conseilla le premier de faire la section du cou. Par la suite Davis, Paul Dubois, Ambroise Paré, etc... étudièrent cette méthode. On trouve dans la thèse de M. Potocki, l'énumération de tous les instruments employés et préconisés par les différents accoucheurs. Nous ne retiendrons que ceux dont on se sert habituellement : les ciseaux de Dubois, la guillotine de Tarnier et l'embryotome de Ribemont-Des-saignes.

On doit toujours, autant que possible, sectionner le cou, mais quand il est impossible de l'atteindre, il faut sectionner le tronc. On emploie dans ce but les mêmes instruments, l'opération est seulement plus longue et plus ardue. On l'appelle l'embryotomie rachidienne ou thoraco-abdominale par opposition à l'embryotomie cervicale. Qu'elle soit cervicale ou rachidienne l'embryotomie sera pratiquée avec douceur, il ne faut pas oublier en effet que la menace de rupture utérine est toujours présente et peut être produite par la mobilisation brusque du corps du fœtus.

En Allemagne, le crochet de Braun est très employé. Passé au-dessus du cou et adapté étroitement sur lui, on tire fortement en imprimant des mouvements de rotation à droite et à gauche de manière à briser la colonne vertébrale et à séparer la tête du tronc. C'est un procédé très violent qui n'est pas employé par les accoucheurs français.

CESARIENNE

Chaque fois qu'en dehors de la présentation de l'épaule il existe :

une tumeur *prœvia*;

un bassin rétréci;

une malformation utérine surtout s'il s'agit d'une primipare.

S'il arrive que l'enfant en présentation de l'épaule est encore vivant et que l'embryotomie devient impossible par suite de la trop forte rétraction de l'utérus (M. Portes), il faut faire la césarienne.

Deux points dominent la question : d'une part la rupture des membranes, d'autre part le temps écoulé depuis cette rupture.

On sait en effet que l'œuf non ouvert n'amènera pas de complications tandis que l'infection va se produire dès que la poche des eaux sera rompue, par suite de la pénétration des germes pathologiques dans l'utérus. L'infection aura d'autant plus de chances d'avoir lieu que les touchers auront été plus nombreux et les essais d'extraction par la voie génitale répétés.

Bien qu'actuellement la césarienne basse soit de plus en plus employée, nous devons mentionner la césarienne haute qui n'a pas perdu tous ses droits.

Césarienne corporéale

Jusqu'en 1882, l'opération césarienne, embryonnaire peut-on dire avec Rousset, Smellie, Leuch, Siebold, fut d'une rareté extrême. En 1882, Sanger entreprend de la réhabiliter. Quelques années plus tard, M. Démelin, M. Bar (1886) font à leur tour des communications à son sujet et régulent le manuel opératoire. Pour eux, la césarienne n'est indiquée que s'il n'y a pas d'infection. M. Bar écrit en 1914 :

« Bien que j'aie été, en France, l'avocat de la section césarienne à une période où on ne la plaçait pas encore au rang qu'elle mérite, j'avoue être resté craintif et m'en tenir à mes conclusions de 1900. Je ne fais guère que des opérations précoces, aussitôt que possible après le début du travail, et je renonce à la section césarienne classique chez toute femme suspecte ayant subi des manœuvres opératoires, chez qui on a pratiqué le toucher dans des conditions peu sûres, et, sauf quelques cas rares, chez toute femme ayant depuis plusieurs heures, les membranes rompues ».

Certains accoucheurs se sont élevés contre cette indication stricte : M. Lepage (1907), M. Le Lorier (1911), Wagner, et d'autres. Cependant, la plupart sont de l'avis de M. Bar, les statistiques ayant montré une forte mortalité chaque fois qu'on intervenait sur un utérus légèrement infecté. Aussi MM. Brindeau, Doléris, Couvelaire partagent l'opinion de M. Bar. La césarienne classique ne leur semble indiquée qu'au

début du travail, alors que la poche des eaux est encore intacte ou rompue depuis très peu de temps, alors que le poulx et la température sont normaux.

Donc la césarienne pourra être faite au début du travail ou lorsque la poche des eaux est rompue depuis peu, mais toujours quand il n'y a pas d'infection. On l'écartera si les membranes sont rompues depuis longtemps, laissant présumer une infection de la cavité utérine.

Il semble que la césarienne haute soit de plus en plus abandonnée à l'heure actuelle. Et l'on pourrait peut-être avancer que dans une dizaine d'années, on ne fera plus guère que des césariennes basses.

Césarienne basse

Malgré les précautions minutieuses observées actuellement dans les opérations chirurgicales, il est très difficile d'éviter la moindre souillure du péritoine lorsqu'on intervient dans la cavité abdominale. A plus forte raison quand, après l'avoir ouvert, on incise ensuite l'utérus comme le fait se présente dans la césarienne haute, on a beaucoup de chances d'infecter le péritoine surtout si la rupture de la poche des eaux faite depuis quelque temps, laisse soupçonner un léger degré d'infection utérine. Il se produit, en effet, une filtration de liquide septique au niveau des lèvres de la plaie. Aussi, partant de cette idée que « la plus petite faute contre l'antisepsie devient une cause de mort » (Bar), les accoucheurs ont-ils voulu éviter la grande cavité péritonéale. De là est née la

césarienne basse ou supra-symphysaire. Franck signala le premier cette opération au congrès de Lisbonne en 1906. Puis Sellheim, Döderlein, Latzko l'étudient avec enthousiasme.

Des nombreux procédés employés deux types sont à retenir : procédés extrapéritonéaux; procédés transpéritonéaux.

Ceux qui paraissaient les plus logiques et les moins dangereux, les procédés extrapéritonéaux n'ont pas donné les résultats qu'on en attendait : l'opération est tout d'abord plus longue; de plus, on a observé des déchirures du péritoine au cours du décollement ou au moment de l'extraction de l'enfant; des blessures d'un urctère, de la vessie, etc... si bien qu'à l'heure actuelle, la majorité des accoucheurs rejettent la césarienne extrapéritonéale. Ils préfèrent la transpéritonéale. M. le professeur Brindeau qui a été le premier à étudier à Paris la césarienne basse et lui a donné une vigoureuse impulsion, écrit en 1922 d'après une statistique portant sur 14 cas : « Je considère que dans les cas purs, la césarienne classique est supérieure à la césarienne basse. Cette dernière est plus compliquée, et nous n'avons pas encore l'expérience de ce qu'elle donnera en cas de grossesses ultérieures. J'ai l'impression que dans les cas impurs, la césarienne basse est moins grave que la classique, mais mon expérience est encore insuffisante. En tout cas, elle doit être considérée comme une opération sérieuse qui ne met pas à l'abri de l'infection de la grande cavité péritonéale. Cette constatation ne doit

pas étonner, car il est pratiquement impossible pendant l'opération, d'empêcher la souillure du péritoine par les liquides qui sortent de la cavité utérine. »

Nous verrons plus loin dans une communication faite à la société d'obstétrique et gynécologie en février 1925, au sujet de l'opération de M. Portes combien M. Brindeau a changé d'avis au fur et à mesure qu'il connaissait mieux cette opération.

Bien que les avantages et les inconvénients de la césarienne basse soient très discutés, il semble acquis que l'infection secondaire soit moins fréquente dans celle-ci que dans les césariennes corporéales, par suite d'une meilleure défense du péritoine pelvien que du péritoine de la grande cavité. C'est pourquoi cette opération nous paraît avoir une indication spéciale en ce qui concerne les cas « impurs ».

Césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus

Nous devons maintenant signaler une opération, la dernière venue, la césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus ou opération de M. Portes, que certains auteurs voudraient substituer à l'hystérectomie dans les cas d'infection utérine.

C'est en décembre 1923 qu'elle fut pratiquée pour la première fois. En mars 1924, son auteur la signalait à la société d'obstétrique et de gynécologie. Des indications posées par M. Portes, nous extrayons :

«... Dans les dystocies par présentation vicieuse de

l'enfant, telle que siège incliné, présentation de l'épaule, présentation du front, on peut être amené à pratiquer cette intervention. Dans un cas, nous avons pratiqué la césarienne avec extériorisation pour une présentation de l'épaule irréductible, avec rupture prématurée des membranes, alors que la mise en place d'un ballon intra-utérin n'avait amené aucune dilatation du fait d'une sclérose du col.

.....

Dans les cas où l'enfant est mort, on peut à priori être appelé à pratiquer la césarienne suivie d'extériorisation dans 3 circonstances :

1) Quand l'extraction de l'enfant par voie basse est sinon impossible, du moins particulièrement dange-reuse. C'est ainsi que M. Guéniot a eu à notre connaissance l'occasion de pratiquer cette intervention dans un cas de présentation de l'épaule, où l'embryo-tomie était impossible du fait d'une rétraction uté-rine exagérée.

(2)

(3)

Nous ignorons quels seraient les résultats de notre technique dans de tels cas, mais nous pensons à priori que l'hystérectomie restera alors l'ultime ressource soit selon le mode de Porro, soit selon la technique de l'hysterectomie en bloc sur utérus non ouvert ».

Ce procédé qui ne paraît s'appliquer que dans un petit nombre de cas bien posés doit être exception-nellement employé. Il permettrait, en intervenant sur des utérus infectés ou très suspects, d'éviter la

péritonite et beaucoup d'hystérectomies. Pour M. Brindeau «... La césarienne basse semble donner actuellement des résultats excellents et M. Schikelé me disait dernièrement encore qu'il opérerait même les cas les plus septiques par la césarienne basse et que sa mortalité ne dépassait pas celle de la césarienne classique pratiquée dans les cas purs; si l'on faisait suivre la césarienne basse d'un Mickulicz à la J. L. Faure, on pourrait peut-être améliorer encore la statistique des cas impurs.

La seule malade que j'ai vue opérer suivant la technique de M. Portes a manqué de mourir deux fois : une première fois après la césarienne et une seconde fois au moment de la réintégration de l'utérus.

Dans les seuls cas où elle me paraît indiquée, je lui préfère l'hystérectomie », Bulletin de la société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, février 1925.

Quoiqu'il en soit, ce procédé est encore trop récent pour avoir une opinion nette, et il convient à notre avis d'attendre.

Enfin, dans les cas où les femmes sont infectées, avec liquide odorant, température élevée, pouls rapide, etc... si ce sont des multipares très fatiguées, ou si l'embryotomie est très difficile ou impossible, il faut recourir à l'hystérectomie.

Nous résumerons ce chapitre de la façon suivante :

Cas pur, césarienne classique;

Cas impur, césarienne basse;

Infection nette, température élevée, liquide odorant, hystérectomie.

PRONOSTIC

La présentation de l'épaule abandonnée à elle-même est extrêmement grave pour le fœtus et pour la mère. L'accouchement ne peut se faire; l'enfant bloqué meurt toujours, la mère très souvent. Le premier asphyxié, l'autre par rupture utérine ou par infection.

Il y a une trentaine d'années, les choses se passaient à peu près de la manière suivante : la femme perdait les eaux; on attendait et ce n'était qu'au bout de 3, 4 jours qu'on amenait la femme à l'hôpital parce qu'elle n'accouchait pas et avait de la fièvre. Il se produisait alors une septicémie et la mort survenait très souvent dans les suites de couches. Ou bien il s'agissait d'une multipare ayant des contractions utérines très violentes qui amenaient à la longue une rupture utérine.

Ces accidents graves ne se voient presque plus actuellement. Les moyens dont on dispose permettent d'extraire l'enfant souvent mort, il est vrai, mais épargnent la mère dans l'immense majorité des cas. Mieux encore l'opération césarienne, quand elle est pratiquée, donne toujours un enfant vivant.

Quant au fœtus, la césarienne mise à part, a-t-il bénéficié beaucoup des progrès faits en obstétrique ? Il ne semble pas; l'accouchement se termine fréquemment par une version difficile qui entraîne souvent la mort de l'enfant.

A la clinique Tarnier, de 1923 à 1926 inclusivement, sur 9.000 accouchements environ, il y a eu 54 présentations de l'épaule.

35 versions podaliques dont 9 gémellaires;
9 césariennes dont 2 hautes;
3 versions par manœuvres externes;
2 évolutions spontanées;
5 embryotomies.

36 enfants ont vécu.
18 sont morts. Ils se répartissent comme suit :
12 version podalique;
5 embryotomie;
1 évolution spontanée.

2 femmes sont décédées, toutes les deux des suites d'embryotomies très longues et très difficiles pratiquées par M. Brindeau. Un de ces cas est rapporté dans l'observation n° 3. Il existait chez les deux, de la rétraction utérine fort prononcée, de l'infection; les membranes étaient rompues depuis plusieurs jours. M. Brindeau pense que dans les cas analogues, l'hystérectomie doit être faite d'emblée. Le pronostic maternel sera considérablement amélioré.

OBSERVATIONS

I OBSERVATION

Placenta prævia. Hémorragie abondante.

Présentation transversale

Version par manœuvres mixtes de Braxton Hicks

Mme C... Marie, 27 ans, II^e pare, dernières règles début juillet 1923.

Vient à la consultation le 21-12-23 pour la première fois.

24-12-23 6 mois environ. Fœtus en position transversale.

Cul de sac postérieur mal dépressible et très douloureux.

9-1-24 Grossesse 8 mois. Siège. Vaudescal.

12-1-24 Version faite, reviendra dans 8 jours. Vaudescal.

2-2-24 Position transversale, tête dans le flanc gauche, dos en arrière; bruits du cœur bons; col long perméable.

A ce moment la femme fait une petite hémorragie. Elle entre au dortoir et y reste 12 jours. Elle a perdu pendant les 4 premiers jours; à ce moment sa fiche d'hôpital porte la mention suivante : « tête très mobile fuyant dans la fosse iliaque gauche et très élevée. En arrière du col on sent une masse mollassse qui n'est pas intrarectale. Possibilité de placenta prævia, la femme a saigné ».

Elle quitte la clinique. Revient à la consultation le 27-2-24. M. Brindeau qui l'examine constate :

Fœtus transversalement placé. Hémorragie légère depuis hier, col entrouvert.

La femme rentre chez elle. Dans la nuit suivante (27 au 28 février) à 3 h. du matin, l'hémorragie reprend, violente. La femme arrive à la clinique roulée dans une couverture et

inondée de sang. Elle est pâle, le pouls petit et rapide (120) et elle a des tendances aux lipothymies. Il est 4 h. du matin. Elle saigne donc depuis une heure.

Le chef de clinique appelé immédiatement constate que le col est effacé et dilaté comme 5 francs environ.

La femme est mise en position obstétricale. On lui administre du chloroforme à main très légère. Trois doigts introduits dans le vagin augmentent rapidement la dilatation. Deux doigts glissés dans l'utérus vont à la recherche d'un pied, le fœtus étant dans une position transversale plus voisine d'une présentation de l'épaule que d'une présentation du siège. Siège dans la fosse iliaque droite, tête dans l'hypocoudre gauche.

Les doigts introduits dans l'utérus rencontrent d'abord le bord inférieur du placenta qu'ils doivent déchirer pour aller plus avant. Un pied est abaissé et tiré au dehors (il se trouve que c'est le pied postérieur) l'hémorragie cesse aussitôt.

A noter que les bruits du cœur, mauvais depuis l'arrivée de la femme contre-indiquent toute autre intervention (césarienne par exemple) que la version de Braxton Hicks, le fœtus étant presque mort.

Après une demi-heure d'attente (les bruits du cœur cessent totalement pendant ce temps) la dilatation presque complète permet l'extraction par le siège. Celui-ci sort sans difficultés. Les bras relevés sont abaissés facilement. La tête dernière est retenue par le col incomplètement dilaté et qui est sectionné aux ciseaux sur sa lèvre antérieure (1 cm environ de longueur).

Extraction d'un fœtus mort, du sexe masculin pesant 3820 gr.

Délivrance artificielle immédiate ramenant un placenta de 570 gr. Inséré sur la partie postérieure du segment inférieur il est prævia partiellement central et l'insertion du cordon, marginale, correspond exactement à la portée pla-

centaire qu'on a dû traverser pour faire la version, Les membranes sont complètes.

La femme très shockée est mise en position de Trendelenburg. Elle reçoit :

Huile camphrée 20 cc3 en 2 fois

Andrénaline 1 milligr.

Sérum sous-cutané 900 gr.

Sérum intra-veineux 300 gr.

Quitte la clinique 20 jours plus tard, guérie. Antécédents nuls.

II OBSERVATION

*Césarienne haute pour présentation transversale chez
primipare ayant une malformation utérine
Enfant vivant, membranes venant de se rompre*

Mme M... Léonie, 1^{re} pare, 28 ans, dernières règles du 7 au 12 septembre 1923.

12 juin. position transversale, tête dans le flanc droit, dos en avant, enfant vivant; admise au dortoir; partie sur sa demande.

17 juin, 7 h. dilatation lenticulaire, membranes intactes, enfant vivant.

8 h. 30. position transversale, tête flanc droit, perd les eaux en grande quantité, liquide légèrement teinté. Bruits du cœur bons.

Admise à la salle de travail.

10 h. 50. M. Brindeau l'examine.

Utérus transversal, malformation utérine; décide la césarienne.

11 h. Césarienne pour présentation transversale chez

primipare ayant une malformation utérine. Utérus bicorne à grand axe transversal.

Anesthésie rachidienne; ponction lombaire assez difficile; il s'écoule à plusieurs reprises du liquide céphalo-rachidien sanglant. Malgré cela l'anesthésie a été parfaite.

Femme très pusillanime.

L'utérus s'est rétracté suivant l'habitude. Quelques nausées et vomissements.

Longue incision : 2/3 au-dessus et 1/3 au-dessous de l'ombilic. L'utérus est difficile à sortir à cause du grand axe transversal; la tête est dans une des cornes ressemblant à un fibrome au palper; le siège est dans l'autre corne. Le fœtus est couché transversalement bien-au-dessus du détroit supérieur.

On engage la corne droite la plus volumineuse (côté de la tête). On finit tout de même par sortir l'utérus. Celui-ci est très rétracté et le restera pendant toute l'opération. Incision sur l'utérus portant sur la face antérieure et le fond. Extraction facile d'un gros fœtus ayant perdu son méconium qui crie immédiatement (3400 gr.).

Le placenta s'insère au fond et en arrière se présentant à la plaie; il est facilement extrait (520 gr.). Hémorragie nulle, l'utérus reste ouvert, mais sans saigner; suture en 2 plans. Il était nettement bicorne à grand axe transversal; la région en rapport avec la tête ne semblait pas amincie; il n'existe pas d'anneau de Bandl au niveau de la tête. Le segment était inexistant, la zone décollable très courte et on a l'impression qu'on aurait éprouvé une grosse difficulté à pratiquer une césarienne sous-péritonéale. (M. Brindeau).

Quitte la clinique 16 jours plus tard. Excellent état général. Antécédents : nuls.

III OBSERVATION

Embryotomie sur femme ayant perdu les eaux depuis 13 jours
Température 38,5. Présentation de l'épaule. Enfant mort

Mme C... Suzanne, 21 ans, I pare. Dernières règles du 4 au 7 avril 1924.

10 novembre 1924. 6 m. 1/2, normale.

17 novembre, 11 h. Perd les eaux, col long, fermé, admise au dortoir.

20 novembre. Perd un peu. Quelques douleurs. Enfant vivant.

21 novembre. Bruits du cœur non perçus.

23 novembre. Ne sent pas remuer depuis hier, col ouvert. Aucune douleur pendant la nuit.

24 novembre 5 h. Quelques contractions douloureuses reprennent.

9 h. 20. Examen de M. Lantuéjoul. Présentation de l'épaule. Enfant mort : Dilatation entre 2 et 5 francs.

10 h. Examen de M. Brindeau.

Température 38,5. Epaule. On décide de faire une embryotomie.

10 h. 20. Anesthésie au chloroforme.

Membranes rompues depuis 13 jours. Utérus très rétracté. Main droite amenée à la vulve. On met un lac au poignet. On complète la dilatation à la main (petite paume) vagin très étroit. Présentation de l'épaule droite, en position gauche donc tête à gauche, dos en avant. Le fœtus est plié en deux, le cou presque vertical, derrière la symphyse, très difficile à atteindre.

Essais de section du cou avec la guillotine de Tarnier. On sectionne les parties molles, mais non la colonne vertébrale. Décollation aux ciseaux de Dubois et crochet de Braun. Le tronc est extrait par tractions sur le bras. Un toucher intra-utérin permet de saisir la bouche et d'amener la tête

à l'orifice interne. Une pince de Museux fixe le moignon de colonne vertébrale et la tête. Un aide fixe la tête par la paroi. Perforation avec les ciseaux de Blot à travers le maxillaire supérieur. On place le cranioclaste. Extraction de la tête.

Délivrance spontanée complète. Injection intra-utérine à la solution iodo-iodurée, 1 cm³ d'hypophyse.

11 h. 40. Petit surjet vaginal. 1 catgut profond sur le périnée; 1 crin et 2 catguts superficiels.

Opération difficile à cause de la rétraction utérine et l'étroitesse du vagin (ayant duré 1 h. 20) (M. Brindeau, Lantuéjoul).

12 h. Frisson ayant duré 15 minutes.

25 novembre. vomissements noirâtres que l'on croit pouvoir attribuer à une morsure de la langue survenue pendant l'anesthésie au chloroforme. Ventre souple. Glace. Sérum glucosé rectal. Huile camphrée. Potion de Rivière.

27 novembre. Les vomissements ont presque complètement disparu; langue humide, abdomen souple, utérus de volume normal non douloureux. La malade a été agitée pendant la nuit. Depuis 9 h. du matin elle ne répond à aucune question, elle avale les boissons qu'on lui donne.

Urines rares, température 37,4, pouls 84, régulier, bien frappé. Le soir même état. Pas d'agitation la nuit.

28 novembre. 7 h. du matin. Grand frisson, mort en quelques minutes Antécédents : nuls.

IV OBSERVATION

Césarienne basse pour présentation de l'épaule chez III pare à utérus bicorne

Mme A. B..., 31 ans, III pare. Dernières règles du 15 au 20 août 1924.

Antécédents : bronchites répétées, rougeole à 18 ans, fièvre typhoïde à 24.

1^{er} accouchement 1920 : expulsion d'un mort-né pesant 4500 gr.

2^e accouchement 1922 : expulsion d'un mort-né pesant ?

Cette femme aurait eu peur d'un chien 6 semaines avant d'accoucher?

Entre le 8 juin à 6 h. 30 à la clinique.

Présentation de l'épaule; tête dans le flanc gauche; membranes rompues à 6 h. Enfant vivant.

A 10 h. M. Brindeau l'examine.

Présentation de l'épaule. Tête dans le flanc gauche. Col non dilaté. 2 enfants morts antérieurement. Enfant vivant. Césarienne basse.

11 h. 30. Anesthésie rachidienne parfaite; femme obèse qui s'agite. Utérus bicorné.

Incision sous-ombilicale. Le segment inférieur est très peu marqué. Vessie élevée.

Décollement du péritoine facile. Il est suffisamment épais, mince en haut.

Incision du segment inférieur. Le dos du fœtus se présente à l'ouverture de la plaie. On l'extrait par les pieds. Gros fœtus 4200 gr., vivant.

Délivrance par expression.

Le segment inférieur était très peu formé, très épais en haut; le fascia peu résistant. Suture du segment en deux plans. Péritonisation en deux plans suivant le procédé ordinaire. Hémorragie nulle.

En résumé, opération un peu plus délicate à cause de la non formation du segment inférieur (M. Brindeau).

Sortie avec son enfant le 23 juin 1925.

V OBSERVATION

Présentation de l'épaule. Version par manœuvres internes

Madame B... Félicie, II pare, 32 ans. Dernière règles du 3 au 6 décembre 1924.

Antécédents. H : père vivant,

mère décédée.

Collatéraux : 1 frère vivant.

personnels : Régée à 12 ans,

Elevée au biberon.

1^{re} grossesse en 1924 : Accouchement artificiel. Enfant mort

2^e grossesse actuelle : Epaule A I D.

Urines normales.

12 août 1925. 8 mois environ. Petit siège ayant tendance à fuir vers la fosse iliaque gauche. Version faite à la maternité il y a 8 jours.

4 septembre. Siège. Version pour la seconde fois. Promontoire accessible.

23 septembre. 17 h. Apparition des premières douleurs.

20 h. 40. Entre à la salle de travail.

Tête dans la fosse iliaque gauche. Dilatation complète. Membranes intactes.

20 h. 50. Version podalique.

Saisie du pied droit. On extrait le fœtus. La version se fait assez facilement grâce à la présence du liquide amniotique qui s'écoule petit à petit. Extraction d'un garçon vivant pesant 3720.

Délivrance artificielle immédiate pour se rendre compte de l'état de l'utérus. Aucune malformation. Promontoire facilement accessible.

Injection intra-utérine à la solution iodo-iodurée.

Glacé.

5 octobre 1925. — Sortie de la mère et de son enfant.

VI OBSERVATION

Présentation de l'épaule. Version par manœuvres internes

Madame R..., Françoise, V pare, 37 ans. Dernière règles du 5 au 19 avril 1925.

Antécédents Héréditaires Père vivant,

Mère morte. Ascite?

Collatéraux 4 frères et sœurs.

Personnels mari bien portant,

femme aussi,

varices

pas d'albumine.

1^{er} accouchement normal; vivant.

2^e accouchement épaule; version podalique; hydrocéphale mort à 7 jours.

3^e accouchement face; vivant.

4^e avortement de 2 mois.

Examen du sang négatif. Un traitement spécifique est cependant institué; la femme reçoit 2 séries de Quimby. Un examen pulmonaire complet est pratiqué à Laënnec où l'on envoie la femme qui prétend avoir craché du sang. Les poumons sont normaux.

Au terme de 7 mois, version par manœuvres externes sur un siège mobile.

Au terme de 8 mois, le 18 décembre, on observe une *présentation transversale*, tête dans la fosse iliaque droite, on ne sent pas de partie fœtale au toucher; le bassin paraît normal.

La femme entre au dortoir le 2 janvier. Malgré plusieurs tentatives on ne peut modifier la présentation.

3 février 1926, 5 h. Présentation transversale, Version externe impossible. Douleurs assez fréquentes, col dilatable

comme 5 francs. Membranes intactes. Enfant bien portant 1 centigr. de morphine.

7 h. 45. Présentation transversale. Procubitus du cordon. Bruits du cœur bons.

8 h. 30. même diagnostic. Bruits du cœur bons.

9 h. pas de changement. Bruits du cœur bons

9 h. 30. M. Brindeau décide de pratiquer la version.

Accouchement artificiel à terme pour procubitus du cordon et présentation de l'épaule. Version podalique après rupture de la poche des eaux.

Extraction du siège. Difficulté d'extraction de la tête dernière.

Naissance d'un garçon en état de mort apparente, ranimé au bout d'une heure.

Poids de l'enfant : 3170 gr.

Délivrance naturelle et complète.

Arrière-faix pesant : 551 gr.

Périnée, 1 crin.

12-2-26. Ablation du crin. Périnée repris.

17-2-26. Sortie en bon état, mère et enfant.

VII OBSERVATION

Césarienne basse pour bassin rétréci, tête dans la fosse iliaque gauche

Madame M..., Augustine, IV pare, 33 ans.

Dernière règles 2 au 3 septembre 1925.

Antécédents héréditaires : mère morte à 50 ans; embolie,
père inconnu

collatéraux : nuls.

personnels : A toujours bien marché
dit n'avoir jamais été malade.

3 grossesses antérieures. Accouchements à terme.

1 enfant extrait au forceps; mort-né.

7 juin. Bassin à césarienne.

Examiner le bassin sous anesthésie avant l'intervention (M. Brindeau).

20 juin, 19 h. Perd les eaux. Quelques contractures.

21 juin, 11 h. 30. Césarienne basse pour bassin rétréci, femme au début du travail, *membranes rompues depuis 19 heures*, tête très élevée fuyant dans la fosse iliaque gauche.

Anesthésie rachidienne. Résultats parfaits. Quelques nausées au début. L'opération se passera sans le moindre écoulement de sang. Incision verticale sous-ombilicale. Vessie en situation moyenne. Paquet variqueux au niveau du cul-de-sac vésico-utérin. Décollement facile du péritoine, les varices suivent le lambeau vésical, pas d'hémorragie.

Le péritoine assez résistant se laisse décoller jusque sur le corps à un travers de doigt environ au-dessus.

Section du segment inférieur; l'utérus se contracte tellement vigoureusement que la tête est expulsée spontanément à travers l'incision.

Délivrance par expression.

Segment inférieur épais, l'incision a porté très près de l'orifice interne du col qui est simplement entr'ouvert.

Suture comme à l'ordinaire.

Sortie de la mère et de l'enfant le 6 juillet 1926.

VIII OBSERVATION

*Embryotomie pour fœtus mort en présentation transversale
au terme de 7 mois chez bacillaire*

Madame H..., III pare, 34 ans.

Dernières règles du 25 au 28 février 1926.

Antécédents héréditaires : parents vivants.

collatéraux : 2 sœurs dont une morte d'accident,

1 frère ayant de l'angine de poitrine.

personnels : a marché à 12 mois,
réglée à 17 ans,
coqueluche dans l'enfance,
furonculose à 7 et à 14 ans,
variole à 16 ans,

En 1922, à la suite d'amaigrissement consulte B K+

1° grossesse : avortement 4 mois environ;

2° grossesse : à terme; enfant vivant actuellement;

3° grossesse actuelle.

Femme venant de Laënnec.

13-9-26. Vient consulter pour écoulements sanguins. Mise au repos, à l'isolement.

18-9-26. Va à Laënnec pour pneumothorax.

28-9-26. Ramené de Laënnec.

11 Heures. Rupture spontanée de la poche des eaux. Col en voie d'effacement.

30-9-26, 9 h. 30. Dilatation 2 francs. Procidence du cordon. Siège élevé. Pas de bruits du cœur.

16 h. 40. Dilatation complète.

20 h. 30. Examen de l'interne.

Palpation. Tête dans fosse iliaque gauche. Siège à droite.

Auscultation. Pas de bruits du cœur.

Toucher. Dos en bas et en avant. Par le toucher on arrive sur la colonne vertébrale au niveau de la région dorso-lombaire.

L'interne prévient le chef de clinique qui décide de faire l'embryotomie.

Anesthésie au chloroforme.

On abaisse un bras et on place un lac pour faciliter les tractions. Mise en place du crochet de Braun au-dessus du tronc.

Section du tronc dans la région thoracique avec les ciseaux

de Dubois. Extraction successive de la portion céphalique et de la portion opposée.

Enfant: 1620 gr.

Placenta : 400 gr.

Délivrance naturelle

Rétention de caduque.

11 octobre 1926. Sort pour aller à Laënnec.

IX OBSERVATION

Césarienne basse pour présentation de l'épaule dans un utérus mal formé. Femme non en travail. Membranes intactes

Mme Z..., Yvonne, 32 ans, II pare, dernières règles, 23 mars 1926.

Antécédents héréditaires : père décédé d'une pleurésie à 52 ans,

mère décédée à 52 ans (opérée d'un fibrome?)

physiologiques : a toujours bien marché, réglée à 12 ans.

pathologiques : rougeole dans l'enfance.

1 avortement au terme de 2 mois 1/2. Curettage au mois de février 1926.

Consultation à la clinique.

1^{er} décembre. 8 mois, utérus cordiforme; présentation transversale; essai de version.

2 décembre. Oligoamnios; utérus cordiforme; version à ne pas tenter. Viendra le 25 décembre. (M. Vaudescal).

25 décembre. présentation transversale irréductible. Pas de segment inférieur. Col déhiscent. Vaginite granuleuse; à traiter par pansements lactiques (M. Vaudescal).

30 décembre, 11 heures. M. Brindeau décide d'intervenir.

Césarienne basse pour présentation de l'épaule dans un utérus malformé.

Anesthésie rachidienne parfaite.

Essai de l'écarteur de Péliissier qui ne paraît pas très pratique.

Incision sous-ombilicale. Il n'existe pas de segment inférieur. La distance qui sépare le cul-de-sac vésico-utérin à la ligne de solide attache du péritoine est à peine de 2 travers de doigt.

Impossibilité de péritoniser par en haut. Incision atypique Il en résulte que le $\frac{1}{3}$ de l'incision sera en plein sur le corps et cependant l'extrémité inférieure de l'incision arrivera au ras de l'orifice interne.

Le segment inférieur est tout à fait atypique. Il est épais et musculéux. L'utérus s'est rétracté d'une façon violente même au niveau du segment inférieur. On décolle le péritoine par en-bas. Incision du segment inférieur.

Le fœtus se présente transversalement. La tête est dans la corne droite. On va chercher les pieds. Extraction facile

Délivrance par expression, un peu plus difficile qu'à l'ordinaire.

Suture du segment inférieur en deux plans. On reporte le lambeau péritonéal vésical le plus haut possible, mais la partie supérieure de la plaie n'est pas péritonisée.

Avant de refermer, on examine l'utérus. Il est bicorné. La corne droite est la plus développée. L'utérus étant très rétracté, il est très facile de suivre la structure des fibres musculaires. Les faisceaux longitudinaux passant en avant se croisent sur le fond; les faisceaux transversaux encerclent l'utérus et lui donnent l'aspect d'un cœcum.

L'orifice interne était fermé; on y voyait le bouchon muqueux (M. Brindeau).

CONCLUSIONS

Pendant la grossesse, il faut transformer la présentation de l'épaule en présentation du sommet de préférence, et maintenir au moyen d'une ceinture.

Pendant le travail :

Dilatation incomplète, poche des eaux intacte

Version par manœuvres externes;

Si la version est impossible, attendre la dilatation complète et pratiquer la version podalique.

Dilatation complète, membranes intactes

Rompre la poche des eaux et faire la version podalique.

Dilatation complète, membranes rompues

Utérus non rétracté : Version podalique;

Utérus rétracté : Embryotomie.

Dilatation incomplète, membranes rompues

Version mixte (Braxton Hicks) ou mieux version séparée.

Malformation utérine, tumeur prævia, etc...

Césarienne basse.

Membranes rompues, femme très infectée, pouls rapide.

Hystérectomie.

Vu le doyen,

ROGER

Vu le Président de Thèse,

BRINDEAU

Vu et permis d'imprimer,

Pour le Recteur de l'Académie de Paris,

L'Inspecteur d'Académie de Paris,

MAURELLET

BIBLIOGRAPHIE

- BAR. — Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française, 1921 (Gyn. et obst. 1921, tome IV).
- BAR. — Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française, 1925.
- BAR BRINDEAU ET CHAMBRELENT. — Pratique de l'art des accouchements.
- BEUTTNER O. — Technique de l'opération césarienne transpéritonéale basse (Revue française de gyn. et obst. janvier 1923).
- BRINDEAU. — Congrès des gynécologues et obstétriciens de langue française 1921 (Gyn. et obst. 1921, tome IV).
- BRINDEAU. — Quelques réflexions à propos de la césarienne suspubienne (Bulletin de la Soc. d'obst. et de gyn. de 1922 n° 2 page 69).
- BRINDEAU. — A propos de la césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus (Soc. d'obst. et de gym. de Paris, février et novembre 1925).
- CHATAING. — Etude statistique de la présentation de l'épaule à la clinique Tarnier de 1898 à 1909 (Thèse, Paris, 1909).
- CONVELAIRE. — Statistique des césariennes basses faites à la clinique Baudelocque (Soc. d'obst. et de gym, novembre 1925).

- DEMELIN, — De l'embryotomie rachidienne (Art de thérapeutique clinique, 1899).
- DUFOUR. — Contribution à l'étude des présentations de l'épaule (Thèse, Paris, 1899-1900).
- FARABEUF ET VARNIER. — Version par manœuvres internes dans la présentation de l'épaule (Journal de médecine et chirurgie, 1891).
- GUENIOT (P.). — Le tamponnement drainage à la Mickulicz peut-il être préféré à l'extériorisation temporaire de l'utérus dans les césariennes sur utérus infectés ou très suspects? (Bulletin Soc. de gyn. et d'obst. 1924, n° 10, page 790).
- IPPOLITO (A.) Considerazioni sulla frequenza della presentazione di spalla (Gaz. d'osp. Milano, 1919, XL 137-140).
- JUGE. — Des indications des interventions chirurgicales pendant la grossesse (Thèse de Paris, 1925).
- LAPAUZE (R.). — Embryotomie pour présentation de l'épaule compliquée d'insertion vicieuse du placenta (Gaz. hebd. soc. méd. Bordeaux, 1890).
- LASKINE. — Essai sur la version bipolaire (Thèse de Paris, 1890).
- LELORIER. — Opération césarienne conservatrice après rupture des membranes.
- MARASSI. — Contribution à l'étude de la césarienne transpéritonéale supra-symphysaire (Thèse de Paris 1925).
- NAUDIÈRE. — Contribution à l'étude du traitement des présentations de l'épaule négligées (Thèse de Paris, 1926).
- PINARD. — Traité du palper abdominal.
- PINARD. — II^e Congrès des gynécologues et obst. de langue française, 1921).

PORTES. — Césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus (Gyn. et obst. octobre 1924).

POTOCKI. — Des méthodes d'embryotomie. Des instruments destinées à pratiquer l'embryotomie rachidienne, et en particulier de l'embryotome rachidien du professeur Tarnier (Thèse de Paris, 1888).

RIVIÈRE (M). — Présentation de l'épaule chez une primipare de 18 ans (Bull. soc. d'obst. et gyn. Paris, 1921, 450-452).

VAILLANT. — De la conduite à tenir dans la présentation de l'épaule quand le fœtus est mort et petit (Thèse de Paris 1898).

VAUDESCAL. — Césarienne suivie de l'extériorisation de l'utérus. Discussion et indication de la technique et des résultats (Soc. d'obst. et de gyn. 8 décembre 1924).
L'opération de Portes (Hôpital Paris, 1925).

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on
or before the date last stamped below.

--	--	--

H111 Paris. Thèse.

P232

v.6

1927

68993

Benz-Ber

NAME

DATE DUE

